

znak: WO/ZRP-82-MZ/D

Gdańsk, dnia 3 lutego 2014 r.

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
ul. Dębinki 7
80-952 Gdańsk**DECYZJA nr 13/2014****z dnia 3 lutego 2014 r.****Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust. 5 pkt 8 oraz art. 142 ust. 5 pkt 1 w zw. z art. 148 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. Nr 164 z 2008 r.; poz. 1027 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańskuod rozstrzygnięcia postępowania nr: **11-11-000327/LSZ/03/1/03.4280.030.02/1****w rodzaju:** leczenie szpitalne**w zakresie:** reumatologia - hospitalizacja**zakres terytorialny:** powiaty gdański, pucki, wejherowski, m. Gdańsk, m. Gdynia i m. Sopot

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:
Oddała odwołanie.

Uzasadnienie

W dniu 17.09.2010 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie reumatologia - hospitalizacja na obszar: powiaty gdański, pucki, wejherowski, m. Gdańsk, m. Gdynia i m. Sopot, w okresie obowiązywania umowy od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2015 r.

W ogłoszeniu przedmiotowego postępowania wartość zamówienia określono na kwotę nie większą niż 7.077.423,00 zł na okres rozliczeniowy od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r.

Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 7 października 2010 r., otwarcie nastąpiło w siedzibie Pomorskiego OW NFZ w dniu 12 października 2010 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

W postępowaniu konkursowym oferty złożyło dwóch oferentów, w tym skarżący. Skarżący złożył ofertę zarejestrowaną w systemie informatycznym Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ pod nr 11-11-000327/LSZ/03/1/03.4280.030.02/1/2/0403 w dniu 7 października 2010 r. Oferent do złożonej oferty załączył oświadczenie z dnia 06.10.2010 r., że zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz że przyjmuje je do wykonania.

W części jawnej komisja konkursowa zgodnie z art. 142 ust.2 pkt. 1 i 2 ustawy o świadczeniach, stwierdziła prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę złożonych ofert, które spełniają warunki, o których mowa w art. 146 pkt. 3 ustawy o świadczeniach. Protokołem z posiedzenia komisji w części jawnej konkursu, komisja konkursowa przyjęła do dalszego postępowania dwie oferty, w tym ofertę skarżącego. Następnie oferta skarżącego została przekazana do dalszego toku postępowania bez uzupełnienia braków formalnych.

W dniu 10.11.2010 r. przedstawiciele Komisji Konkursowej przeprowadzili kontrolę oferenta w celu sprawdzenia zgodności oferty ze stanem faktycznym. Na miejscu stwierdzono zgodność oferty ze stanem faktycznym. Po sprawdzeniu oferty pod względem spełnienia warunków formalno-prawnych oraz analizie oferty w aspekcie spełnienia wymagań określonych w przepisach, oferta została przyjęta do dalszego postępowania, a jej ocena została dokonana według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców kryteriów oceny określonych w Zarządzeniu Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy

o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm. oraz Zarządzeniem Nr 69/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne z późn. zm.

W rankingu końcowym konkursu ofert, oferta skarżącego uzyskała 2 miejsce z następującą punktacją – ogółem 54,964 pkt, w tym 15,000 pkt za kryteria cenowe oraz 39,964 pkt za kryteria niecenowe. Komisja podjęła decyzję o rozstrzygnięciu postępowania bez przeprowadzania negocjacji. Wybrano jedną ofertę, która została najwyżej oceniona: ogółem 59,565 pkt, w tym 15,000 pkt za kryteria cenowe oraz 44,565 pkt za kryteria niecenowe i wyczerpała łączną wartość zamówienia.

Dnia 30.11.2010 r. Komisja konkursowa rozstrzygnęła postępowanie nie dokonując wyboru skarżącego, ze względu na wyczerpanie środków finansowych, które zamawiający przeznaczył na świadczenia zdrowotne w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie reumatologia - hospitalizacja na obszar: powiaty gdański, pucki, wejherowski, m. Gdańsk, m. Gdynia i m. Sopot.

W związku z powyższym skarżący złożył odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania w trybie konkursu ofert do Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Po przeprowadzeniu postępowania odwoławczego, Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w dniu 14 grudnia 2010 r. wydał decyzję nr 422/2010, oddalającą w całości odwołanie, wskazując, że oferta skarżącego nie uzyskała wystarczającej liczby punktów w ocenie oferty w rankingu, który był tworzony według kryteriów ustalonych w sposób jednolity, a wybrana oferta w przedmiotowym postępowaniu wyczerpała środki finansowe przeznaczone na świadczenia zdrowotne w/w rodzaju i zakresie, i nadał jej, na podstawie art. 108 § 1 KPA, rygor natychmiastowej wykonalności.

Od powyższej decyzji, pismem z dnia 22 grudnia 2010 r., skarżący w oparciu o art. 154 ust. 4 ustawy o świadczeniach, złożył odwołanie do Prezesa NFZ za pośrednictwem dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w którym wniósł o uchylenie zaskarżonej decyzji Dyrektora Pomorskiego OW NFZ.

W odwołaniu skarżący podniósł, iż w przedmiotowym postępowaniu zostały naruszone przepisy prawa, tj.:

1. Art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach polegające na nieprzeprowadzeniu przez komisję konkursową negocjacji z oferentami,

2. Art. 140 ust. 2 pkt. 1 ustawy o świadczeniach polegające na wskazaniu obszarów, dla których ogłoszono postępowanie, w sposób wykluczający konkurencję, co jest sprzeczne z przepisami ustawy o świadczeniach,
3. Art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach polegające na nierównym traktowaniu świadczeniodawców.

Skarżący wniósł o uchylenie decyzji i ponowne przeprowadzenie postępowania przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie reumatologia - hospitalizacja na obszar: powiaty gdański, pucki, wejherowski, m. Gdańsk, m. Gdynia i m. Sopot.

Po rozpatrzeniu odwołania, Prezes Funduszu utrzymał w mocy decyzję organu I instancji. W ocenie organu odwoławczego, komisja konkursowa stosowała te same zasady i przepisy prawa wobec wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Oferta skarżącego została przyjęta w całości do części niejawnego postępowania konkursowego, a jej ocena została dokonana według jednolitych kryteriów, które jak wskazano były jednakowe dla wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Prezes NFZ podał, że w przedmiotowym postępowaniu konkursowym złożono ofertę, która uzyskała wyższą ocenę punktową niż oferta skarżącego i jako najkorzystniejsza została wybrana w celu zawarcia umowy. Ponadto Prezes NFZ wskazał, że skarżący w rankingu końcowym uzyskał łącznie 54,964 pkt, a wybrana oferta w przedmiotowym postępowaniu konkursowym uzyskała 59,565 pkt i wyczerpała wartość zamówienia przeznaczoną na to postępowanie. W prowadzonym postępowaniu uwzględniono w kwocie zamówienia ilość świadczeń przewidzianą na zabezpieczenie świadczeń realizowanych przez świadczeniodawcę posiadającego miejsce ich udzielania na wskazanym terenie. W konsekwencji, wybrana została do zawarcia umowy oferta, która zapewnia ciągłość udzielania świadczeń, jakość, dostępność oraz przedstawia najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia.

Jednocześnie w odniesieniu do zarzutu naruszenia art. 140 ust. 2 pkt 1 poinformowano, iż ogłoszenie konkursu na udzielanie świadczeń z ograniczeniem do części obszaru nie ma na celu wybrania świadczeniodawcy z danego obszaru, ale zapewnienie świadczeniobiorcom tzw. dostępności komunikacyjnej. Wskazanie obszaru postępowania w żaden sposób nie ogranicza przyjmowania pacjentów spoza tego obszaru. Organ odwoławczy odnosząc się natomiast do zarzutu, iż wskazanie obszarów, dla których ogłoszono postępowanie, wyklucza konkurencję i jest sprzeczne z przepisami ustawy, stwierdził, iż do konkursu przystąpiło dwóch oferentów, co umożliwia konkurencję pomiędzy dwoma świadczeniodawcami.

W ocenie organu odwoławczego, brak jest podstaw do zgłaszania roszczeń przez skarżącego w kwestii proponowanej ceny za świadczenia, z uwagi na fakt, iż w załączniku nr 2 do zarządzenia 73/2009 ze zm. wyraźnie zostały zdefiniowane zasady określenia ceny oczekiwanej przez Fundusz oraz skutek porównania ceny oferenta podanej w ofercie w stosunku do ceny oczekiwanej podanej przez Fundusz. W przedmiotowym postępowaniu, zarówno skarżący jak też drugi oferent zaproponowali tę samą cenę za świadczenia, która była ceną oczekiwaną Funduszu. W związku z powyższym do decyzji Komisji konkursowej, zgodnie z zapisem zawartym w art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach w części niejawniej konkursu należy decyzja o przeprowadzeniu negocjacji z oferentami. W opisanym postępowaniu nie przeprowadzono negocjacji z żadnym z oferentów, bowiem cała kwota zamówienia została przyznana oferentowi, którego oferta uzyskała najwyższą ocenę w rankingu. Powyższe oznacza, zatem, iż obydwaj oferenci byli potraktowani przez Komisję jednakowo. Organ odwoławczy analizując ponownie sprawę stwierdził, że w przedmiotowym postępowaniu nie stwierdzono naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes NFZ zaznaczył także, że w odwołaniu nie wskazano żadnego konkretnego naruszenia przez komisję konkursową interesu prawnego skarżącego.

Następnie skarżący złożył skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie zarzucając decyzji Prezesa NFZ naruszenie następujących przepisów prawa materialnego, tj. art. 134, 140 ust. 2 pkt. 1, 142 i 148 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegające na utrzymaniu w mocy decyzji Dyrektora Pomorskiego OW NFZ, który oddalił odwołanie skarżącego na rozstrzygnięcie postępowania konkursowego i niewybranie przez Komisję Konkursową przy Pomorskim OW NFZ oferty złożonej przez skarżącego w postępowaniu konkursowym nr 11-11-000327/LSZ/03/1/03.4280.030.02/1/2/0403 na świadczenie opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie reumatologia - hospitalizacja na obszar: powiaty gdański, pucki, wejherowski, m. Gdańsk, m. Gdynia i m. Sopot.

Wyrokiem z dnia 3 lutego 2012 r. sygn. akt VI SA/Wa 1762/11 WSA w Warszawie uchylił obydwie decyzje uznając, iż skarga złożona przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku podlega uwzględnieniu, z uwagi na trafność zarzutów dotyczących naruszenia przepisów postępowania w stopniu mogącym mieć istotny wpływ na wynik rozstrzygnięcia.

Zdaniem WSA, w trakcie postępowania administracyjnego wszczętego na wniosek oferenta (z chwilą złożenia przez niego odwołania), organ jest zobowiązany wyjaśnić i uzasadnić dlaczego jeden z oferentów otrzymał podaną przez komisję konkursową ilość punktów.

Dla wykazania i uzasadnienia prawidłowego rozstrzygnięcia konkursu konieczne jest, zdaniem Sądu orzekającego, przeprowadzenie analizy porównawczej oferty skarżącej w relacji do oferty podmiotu, który konkurs wygrał i przedstawienie tej analizy w uzasadnieniu decyzji co do każdego z kryteriów ocen. Jednocześnie Sąd wskazuje, iż pozbawienie skarżącego możliwości wglądu do oferty podmiotu, który wygrał przedmiotowy konkurs świadczy o tym, że postępowanie w ramach konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2015 r. w rodzaju leczenie szpitale w zakresie reumatologia – hospitalizacja na obszar: powiaty gdański, pucki, wejherowski, m. Gdańsk, m. Gdynia i m. Sopot o kodzie postępowania 11-11-000327/LSZ/03/1/03.4280.030.02/1 zostało prowadzone z naruszeniem zasady, wynikającej z art. 134 ustawy o świadczeniach tj. poszanowania zasad równego traktowania świadczeniodawców.

Zdaniem Sądu, w postępowaniu zainicjowanym odwołaniem od konkursu ofert, dla wykazania i uzasadnienia prawidłowego rozstrzygnięcia konkursu końcowego niezbędnym było przeprowadzenie analizy porównawczej oferty skarżącego w relacji do oferty podmiotu, który konkurs wygrał i przedstawienie tej analizy w uzasadnieniu obu decyzji co do każdego z kryteriów ocen. Braki w powyższym zakresie świadczą o naruszeniu przez organy art. 77 § 1 i 107 § 3 w związku z art. 80 KPA w stopniu mogącym mieć istotny wpływ na wynik sprawy.

Organ I instancji kierując się wskazaniem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego zawartymi w wyroku z dnia 03.02.2012 r. pismem z 16 grudnia 2013 r., powołując się na art. 36 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 267) przedłużył termin wydania decyzji administracyjnej do dnia 03 lutego 2014 r., a następnie poinformował skarżącego, o możliwości zapoznania się z dokumentami w sprawie w terminie od 15.01.2014 r. do 17.01.2014 r. Skarżący nie skorzystał z prawa do zapoznania się z dokumentacją postępowania i co za tym idzie nie wniósł uwag.

Kierując się wskazaniem zawartymi w decyzji z dnia 03 lutego 2012 r. sygn. akt VI SA/Wa 11762/11 WSA w Warszawie Dyrektor Pomorskiego OW NFZ ustalił i zważył co następuje:

Odwołanie złożone przez oferenta nie zasługuje na uwzględnienie.

Przepis określony w art. 152 ustawy o świadczeniach stanowi, że świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, przysługują środki odwoławcze przewidziane w art. 153 i 154 ustawy. Z treści tego przepisu wynika, iż

jedynie naruszenie przez Fundusz zasad postępowania stanowi podstawę do wniesienia odwołania. Określone w art. 134 ustawy zasady prowadzenia postępowania o zawarcie umowy, to zasada równego traktowania wszystkich uczestników postępowania oraz zachowanie zasad uczciwej konkurencji. Jak wskazano równe traktowanie polega także na tym, by wszystkie wymagania, informacje i wyjaśnienia a także dokumenty związane z postępowaniem o zawarcie umowy były udostępniane na tych samych zasadach wszystkim oferentom. Zatem fundamentalnym pojęciem dla instytucji środka odwoławczego, w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy. Przez interes prawny - zgodnie z przyjętymi w doktrynie i orzecznictwie poglądami – rozumieć w tym przypadku należy określone prawo podmiotowe, czyli korzyści o charakterze prawnym, przyznane przez normę prawa materialnego. Istotne jest, że interes prawny musi mieć charakter rzeczywisty, obowiązujący w danej chwili oraz indywidualny. Ustalenie zaś interesu prawnego, to zidentyfikowanie zależności pomiędzy przepisem prawnym, a sytuacją konkretnego podmiotu z jednoczesnym ustaleniem, że zastosowanie tego przepisu może wpływać na określoną sytuację prawną. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 24 marca 2009 r., (sygn. akt VII SA/Wa 2012/08, LEX nr 533330) wskazał, iż do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania, w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa, przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego, w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, determinuje w zasadzie sposób postępowania, w przypadku wniesienia środka odwoławczego. Poza ustaleniem faktu naruszenia zasad postępowania, organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany będzie do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu.

Celem postępowania odwoławczego jest zbadanie czy w wyniku postępowania konkursowego nie doznał uszczerbku interes prawny świadczeniodawcy, którego oferta nie została wybrana, a więc jest ono wyłącznie postępowaniem weryfikującym, czy w trakcie konkursu były przestrzegane zasady wynikające z przepisów prawa.

Dokonując zatem porównania ofert, w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta odwołaniem, należy wskazać co następuje.

Prezes Funduszu przy określeniu kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców działał na podstawie art. 146 ust.1 pkt. 2 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania. Podkreślić należy, iż zarządzenie Prezesa Funduszu, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określające warunki wymagane od uczestników konkursu, nie kreuje praw czy obowiązków potencjalnych uczestników tego konkursu, lecz wskazuje adresatów (poprzez określenie wymagań), którzy mogą wziąć udział w konkursie. Spełnienie przez oferenta i ofertę warunków wymaganych od świadczeniodawców, określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146, jest nakazem ustawowym, wynikającym a *contrario* z art. 149 ust 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach, zgodnie z wyrokiem NSA z dnia 24 lutego 2011 r., sygn. Akt II GSK 262/10.

Kryteria oceny ofert i zasady prowadzenia konkursu były jawne i znane uczestnikom postępowania przed złożeniem ofert, i nie podlegały zmianie w toku postępowania. Odwołujący się, w oświadczeniu załączonym do oferty oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów. Do obowiązków Odwołującego się należało zatem zapoznanie się ze wskazanymi w ogłoszeniu przedmiotowego postępowania przepisami. Należy mieć na względzie, że wszelkie uwagi dotyczące warunków wymaganych od świadczeniodawców oraz kryteriów oceny ofert mogą być zgłaszane na etapie konsultacji projektu takich warunków, natomiast ustalone przez Prezesa Funduszu są wiążące w danym postępowaniu, zgodnie z wyrokiem WSA w Warszawie z dnia 23 stycznia 2007 r., sygn. Akt VII SA/Wa 950/06.

Oferta skarżącego oceniana była według takich samych kryteriów jak i pozostałe oferty. Ocenie podlegały poszczególne odpowiedzi w Ankiecie wskazujące czy oferent spełnia w dniu składania oferty jak też będzie spełniał w przyszłości tj. od początku obowiązywania umowy wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia o świadczeniach gwarantowanych jak i zarządzeniach Prezesa. Część tych wymagań musi spełnić każdy oferent (warunki wymagane - konieczne) natomiast część ma charakter tzw. rankingujący co oznacza, że w przypadku ich spełnienia oferta uzyskuje wyższą punktację.

W postępowaniu 11-11-000327/LSZ/03/1/03.4280.030.02/1 złożono łącznie 2 oferty na 2 miejsca udzielania świadczeń. Każda z ofert (także skarżącego) oceniana była według tych samych kryteriów i mogła za każde z nich uzyskać taką samą ilość punktów. Kryteria oceny ofert dla postępowania konkursowego w rodzaju leczenie szpitalne określone zostały w § 1 pkt. 1

Zarządzenia 73/2009/DSOZ z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

„Oceny ofert dokonuje się według następujących kryteriów:

1) **jakość** - oceniana w szczególności poprzez:

- a) kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie,
- b) wyposażenie oferenta w sprzęt i aparaturę medyczną,
- c) zewnętrzną ocenę jakości,
- d) wyniki kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

2) **kompleksowość** - oceniana w szczególności poprzez:

- a) możliwość kompleksowej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji (w tym diagnostyczne i terapeutyczne),
- b) planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków,
- c) ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego;
- d) wymagania formalne;

3) **dostępność** - oceniana w szczególności poprzez:

- a) liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy,
- b) organizację przyjęć świadczeniobiorców,
- c) brak barier dla osób niepełnosprawnych;

4) **ciągłość** - oceniana w szczególności poprzez ryzyko jej przerwania w wyniku niespełnienia przez oferenta wymagań, określonych dla zakresu w dniu złożenia oferty,

5) **cena** - oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.”

Szczegółowe parametry kryteriów oceny, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4, oraz wagę poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej, w podziale na poszczególne rodzaje lub zakresy świadczeń opieki zdrowotnej określa załącznik nr 1 do w/w zarządzenia. W przedmiotowym postępowaniu zgodnie z obowiązującym zarządzeniem dotyczącym kryteriów oceny ofert ocenie nie podlegało kryterium „pozostałe” dla wszystkich ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitale w zakresie reumatologia na obszar: powiaty gdański, pucki, wejherowski, m. Gdańsk, m. Gdynia i m. Sopot . Ocena ofert opierała się na odpowiedziach udzielonych przez oferentów w ankietach złożonych w postępowaniu konkursowym. Poniżej ocena oferty wybranej oraz skarżącego.

Tabela nr 1 – ocena w kategorii JAKOŚĆ

Nazwa Oferenta	JAKOŚĆ								
	PERSONEL - PIELĘGNIARKI	PERSONEL - LEKARZE	WARUNKI DOTYCZĄCE POMIESZCZEŃ		WARUNKI LOKALIZACYJNE		CERTYFIKATY JAKOŚCI		WYNIKI KONTROLI
	Czy oferent zapewnia realizację świadczeń przez pielęgniarki w liczbie wg normy zatrudnieni a ustalonej przez kierownika zakładu na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz 1314)?	Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista reumatologii i lub balneoklimatologii lub rehabilitacji medycznej?	Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?	Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?	Czy oferent zapewnia zakład/pracownię rehabilitacji - w lokalizacji?	Czy oferent zapewnia łóżka intensywnej opieki medycznej z wydzielonym stałym dyżurem pielęgniarskim - w miejscu udzielania świadczeń - wpis w RZOZ: dział III, rubryka 9: łóżka intensywnej opieki medycznej?	Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?	Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ
MAX. pkt.	6,6667	13,3333	0,8333	0,8333	1,6667	1,6667	2,5000	2,5000	0,0000
Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im.dr Jadwigi Titz Kosko w Sopotcie	6,6667	13,3333	0,8333	0,8333	1,6667	1,6667	0,0000	2,5000	0,0000
UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE	6,6667	0,0000	0,0000	0,8333	1,6667	1,6667	0,0000	0,0000	0,0000

Tabela nr 2 –ocena w kategorii CIĄGŁOŚĆ

Tabela nr 3 – ocena w kategorii DOSTĘPNOŚĆ i KOMPLEKSOWOŚĆ

Nazwa Oferenta	DOSTĘPNOŚĆ			KOMPLEKSOWOŚĆ									
	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO			DOSTĘP DO BADAŃ I ZABIEGÓW								WYMAGANIA FORMALNE	
	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojeżdżenie do nachyleniu nie większym niż 5%?	Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczenia biorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych?	Czy oferent zapewnia przy lokalizacji miejsc udzielania świadczeń powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze?	Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorządowej (WRTK) w lokalizacji?	Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?	Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?	Czy oferent zapewnia realizację badań immunologicznych - w lokalizacji?	Czy oferent zapewnia realizację badań NMR - w lokalizacji?	Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?	Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?	Czy oferent posiada dział anestezjologii i intensywnej terapii wpisany w RZOZ: część o: 4260 lub Oddział intensywnej terapii, wpisany w RZOZ: część VIII kodu resortowego o: 4264?	Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w RZOZ: część VIII kodu resortowego o: 4920?	
MAX. pkt.	1,6667	1,6667	1,6667	1,4286	1,4286	1,4286	1,4286	1,4286	1,4286	1,4286	2,5000	2,5000	
Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im.dr Jadwigi Titz Kosko w Sopocie	1,6667	1,6667	1,6667	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	2,5000	
UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE	1,6667	1,6667	1,6667	1,4286	1,4286	1,4286	1,4286	1,4286	1,4286	1,4286	2,5000	2,5000	

W przedmiotowym postępowaniu do zawarcia umowy została wybrana oferta, która spełniała stawiane wymagania, w kolejności wynikającej z rankingu końcowego, która wyczerpała środki finansowe, które Zamawiający przeznaczył na świadczenia zdrowotne będące przedmiotem zamówienia.

W odniesieniu się do zarzutów skarżącego dotyczących naruszenia art. 142 ust. 5 ustawy poprzez niedokonanie wyboru oferty Odwołującego się, pomimo, iż „zapewniała” ona ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz art. 148 ustawy poprzez niedokonanie wyboru oferty Odwołującego się w wyniku nieprawidłowego porównania ofert w zakresie ciągłości, kompleksowości, dostępności i jakości udzielanych świadczeń, stwierdzić należy, co następuje:

Analiza treści Zarządzenia nr 73/2009/DSOZ Prezesa Funduszu, w oparciu o które oferty złożone do przedmiotowego postępowania zostały ocenione, dowodzi, iż oferta mogła uzyskać:

- w kryterium **jakości** – razem maksymalnie 30,000 punktów:
 - za personel – maksymalnie 20,000 punktów;
 - za pozostałe elementy – maksymalnie 10,000 punktów;
- w kryterium **ciągłość** – razem maksymalnie 10,4352 punktów:
 - za warunki wymagane – personel lekarze – maksymalnie 0,8696 punktów;
 - za warunki wymagane – sprzęt i aparatura medyczna – maksymalnie 0,8696 punktów
 - za warunki wymagane - organizacja udzielania świadczeń – maksymalnie 0,8696 punktów;
 - za warunki wymagane - dostęp/zapewnienie realizacji badań diagnostycznych – maksymalnie 4,3480 punktów;
 - za warunki wymagane – wymagania formalne – maksymalnie 3,4784 punktów
- w kryterium **dostępność** – razem maksymalnie 5 punktów,
- w kryterium **kompleksowość** – razem maksymalnie 15 punktów
- w kryterium **ceny** – maksymalnie 30,000 punktów.

Powyższe oznacza, że w toku przedmiotowego postępowania każda z ofert mogła uzyskać maksymalnie 90,4355 punktów, w tym 30,000 punktów za cenę oraz łącznie 60,4355 punktów za kryteria niecenowe.

Analiza oferty złożonej przez Odwołującego do przedmiotowego postępowania wykazuje, iż nie uzyskał on maksymalnej możliwej do zdobycia liczby punktów ponieważ:

- w kryterium jakości:
 - Odwołujący nie zapewnił dodatkowo równoważnika co najmniej 2 etatów - specjalista reumatologii lub balneoklimatologii lub rehabilitacji medycznej - w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 13,3333 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent zapewnił dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista reumatologii lub balneoklimatologii lub rehabilitacji medycznej;
 - Odwołujący nie zapewnił warunku: w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatka - w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 0,8333 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent zapewnił w

każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatka;

- Odwołujący nie posiadał certyfikatu Centrum Monitorowania Jakości, ważnego w dniu zawarcia umowy - w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 2,5000 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent posiadał certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy;
- Odwołujący nie posiadał certyfikatu ISO w zakresie usług medycznych, ważnego w dniu zawarcia umowy – w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 2,500 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent posiadał certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy.
- w kryterium ciągłość:
 - Odwołujący nie zapewnił, iż w strukturze organizacyjnej świadczeniodawcy, w tej samej lokalizacji znajduje się kilka oddziałów szpitalnych oznaczonych tymi samymi kodami części VIII resortowych kodów identyfikacyjnych i co najmniej jeden z nich spełnia warunki określone dla miejsca udzielania świadczeń i dla lokalizacji w przypadku pozostałych oddziałów – w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 0,4348 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent udzielił odpowiedzi TAK;
 - Odwołujący udzielił odpowiedzi NIE na pytanie: Czy na potrzeby leczenia w trybie jednodniowym, oddział szpitalny posiada wpis w RZOZ, w dziale III, rubryka 7, część IX kodu resortowego: leczenie "jednego dnia" oraz w dziale III, rubryka 12: miejsca dzienne? - w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 0,4348 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent udzielił odpowiedzi TAK;
 - Odwołujący udzielił odpowiedzi NIE na pytanie: Czy specjalność komórki organizacyjnej jest zgodna z zakresem kontraktowanym? - w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 0,4348 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent udzielił odpowiedzi TAK.
- w kryterium ceny:
 - Odwołujący zaproponował cenę jednostki rozliczeniowej za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie reumatologia - hospitalizacja w wysokości 51,00 zł – w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 30,000 pkt. za kryterium ceny, które mogła uzyskać, gdyby oferent zaproponował cenę jednostki rozliczeniowej w wysokości nie wyższej niż wysokość

ceny minimalnej (45,90 zł), ustalonej zgodnie ze wzorem wskazanym w załączniku nr 2 do zarządzenia nr 73/2009/DSOZ Prezesa Funduszu.

Oferta złożona do postępowania 11-11-000327/LSZ/03/1/03.4280.030.02/1 przez Odwołującego uzyskała łącznie 54,964 punkty. Na tę ocenę składały się następujące czynniki:

- w kryterium jakości:
 - Odwołujący nie udzielił odpowiedzi „TAK” na 4 pytania zawarte w ankiecie dotyczące kryterium JAKOŚĆ – w związku z czym jego oferta była niższa od max ilości punktów możliwych do uzyskania o 19,1666 pkt;
 - W parametrze dotyczącym wyników kontroli, Odwołujący uzyskał 0,000 pkt., przy czym wskazać należy, iż w parametrze tym można było otrzymać punkty ujemne.
- w kryterium ciągłość:
 - Odwołujący nie udzielił odpowiedzi „TAK” na 3 pytania zawarte w ankiecie dotyczące kryterium CIĄGŁOŚĆ – w związku z czym jego oferta była niższa od max ilości punktów możliwych do uzyskania o 1,3052 pkt;
- w kryterium kompleksowość:
 - Odwołujący udzielił odpowiedzi „TAK” na wszystkie pytania zawarte w ankiecie dotyczące kryterium KOMPLEKSOWOŚĆ – w związku z czym jego oferta uzyskała max ilość punktów możliwych do uzyskania tj. 15,000 pkt;
- w kryterium dostępność:
 - Odwołujący udzielił odpowiedzi „TAK” na wszystkie pytania zawarte w ankiecie dotyczące kryterium DOSTEPNOŚĆ – w związku z czym jego oferta uzyskała max ilość punktów możliwych do uzyskania tj. 5,000 pkt;
- w kryterium ceny – ofercie Odwołującego przyznano 15,000 pkt. na 30,000 pkt. możliwych do uzyskania w tym kryterium, gdyż Odwołujący zaproponował cenę jednostki rozliczeniowej za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju w wysokości 51,00 zł, która to cena była wyższa od ceny minimalnej ustalonej zgodnie ze wzorem wskazanym w załączniku nr 2 do zarządzenia nr 73/2009/DSOZ Prezesa Funduszu.

W tej kwestii wskazać należy, iż w załączniku nr 2 do zarządzenia nr 73/2009/DSOZ wyraźnie zostały zdefiniowane zasady określenia ceny oczekiwanej przez Fundusz oraz skutek porównania ceny oferenta podanej w ofercie w stosunku do ceny oczekiwanej podanej przez Fundusz. W tym miejscu przypomnieć także należy, iż ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena

wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wskazana powyżej punktacja przyznana ofercie skarżącego nie była wystarczająca, aby została ona wybrana w toku przedmiotowego postępowania, ponieważ komisja konkursowa podczas postępowania nr 11-11-000327/LSZ/03/1/03.4280.030.02/1 dokonała wyboru oferty podmiotu, który w rankingu końcowym uzyskał 59,5650 pkt. Komisja konkursowa dokonała wyboru oferty w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, która wyczerpała wartość zamówienia określoną w ogłoszeniu. Oferta skarżącego zajęła w rankingu końcowym drugą pozycję uzyskując 54,9640 punktów, co oznacza, iż jego oferta nie mogła zostać wybrana podczas przedmiotowego postępowania.

Analiza w zakresie oceny ofert wszystkich oferentów wybranych do zawarcia umów w rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania:

Nazwa Oferenta	Punkty razem za kryteria niecenowe	Punkty za CENĘ	RAZEM
MAX. pkt.	60,4355	30,0000	90,4355
Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im.dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie	44,5657	15,0000	59,5650
UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE	39,9645	15,0000	54,9640

Przeprowadzona analiza dowodzi, że w toku postępowania konkursowego dokonano prawidłowej oceny ofert wybranych jak również oferty skarżącego oraz prawidłowo porównano oferty w zakresie jakości, kompleksowości, ciągłości, dostępności i ceny.

Mając na uwadze powyższe niniejsze zarzuty skarżącego nie zasługują na uwzględnienie. Pomorski OW NFZ zakupił świadczenia o oferowanej wyższej jakości, a także przy zdecydowanie niższej cenie niż zaoferowana przez skarżącego, zwiększając jednocześnie tym samym dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych. W trakcie przedmiotowego postępowania konkursowego wybrany oferent przedstawił ofertę, która uzyskała wyższą łączną liczbę punktów niż oferta skarżącego.

W odniesieniu do zarzutu, iż komisja konkursowa nie brała pod uwagę jakości usług, zasobów technicznych i osobowych oferenta, organ stwierdził, iż te właśnie elementy oceniane są w kryterium jakości, w których skarżący uzyskał 10,934 punktu na maksymalnie możliwych 30 punktów.

Podkreślić należy, iż postępowanie konkursowe prowadzi się w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem na każdym jego etapie komisja konkursowa podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Działania komisji nie mają jednak prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami, biorącymi udział w postępowaniu. Zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji jest wybór najkorzystniejszych ofert, w ramach kwoty zamówienia. Konkurs ofert nie stanowi, zatem gwarancji przedłużenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ani nie jest też gwarancją jej zawarcia, a trybem wyboru oferentów celem zawarcia umów w poszczególnych zakresach i rodzajach świadczeń.

Wobec powyższego i ten zarzut Odwołującego należy uznać za nietrafny.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego się o naruszeniu art.134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez nieprzestrzeganie zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz nieprzeprowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, stwierdzić należy że, dokonano indywidualizowanej oceny każdej z ocenianych ofert, co szczegółowo przedstawia powyższa tabela oraz szczegółowa analiza oceny poszczególnych ofert. Podkreślenia wymaga fakt, że Komisja konkursowa w oparciu o materiały konkursowe i zgodnie z Zarządzeniem Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceniła wszystkich świadczeniodawców z zastosowaniem takich samych kryteriów. Ocena ofert odbywa się poprzez system informatyczny, co dodatkowo daje gwarancję stosowania jednakowych kryteriów wobec wszystkich oferentów. Z treści tabeli i analizy jednoznacznie wynika jaką liczbę punktów uzyskał każdy z oferentów w poszczególnych kategoriach oceny ofert w przedmiotowym postępowaniu.

Wobec powyższego wskazać należy, iż skarżący nie wykazał, aby Pomorski Oddział Wojewódzki Funduszu przeprowadzając postępowanie konkursowe naruszył jego zasady wynikające z ustawy o świadczeniach, aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie lub zarządzeń wydanych przez Prezesa Funduszu. W szczególności nie wykazano naruszenia podstawowych zasad, takich jak równe traktowanie świadczeniodawców oraz niezmienność warunków, które podlegają ocenie w toku postępowania.

Organ I instancji kierując się wskazaniem Sądu orzekającego zawartymi w wyroku z dnia 3.02.2012 r., w oparciu o art. 10 kpa umożliwił Odwołującemu się również zapoznanie z

zebrany w sprawie materiałem dowodowym, w tym również ofertami podmiotów konkurencyjnych dla odwołującego w dniach od 15.01.2014 r. do dnia 17.01.2014 r., o czym poinformował Odwołującego się. Odwołujący się nie skorzystał z prawa do zapoznania się z zebrany materiałem dowodowym.

Świadczenia w przedmiotowym zakresie zostały zabezpieczone. W niniejszym postępowaniu zaplanowana i zakupiona ilość świadczeń to: 138.773 pkt.

Wobec braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - należało je oddalić.

Pouczenie

W oparciu o art. 154 ust.4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.), od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie, ul. Grójecka 186. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

D Y R E K T O R
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Tadeusz Jędrzejczyk